

QUISTE HIDATICO COMPLICADO CON LESIONES PLEURALES

Neumotórax hidático. Pionemotórax hidático. Siembra pleural secundaria. — La rotura de un quiste hidático del pulmón en la cavidad pleural, habitualmente se asocia a la rotura de la vesícula hidática, vertiéndose líquido hidático en esa serosa pleural y produciéndose simultáneamente una hidatoptisis, por la comunicación broncoadventicial.

Por excepción puede caer la vesícula intacta en la cavidad



FIG. 15. Corte topográfico de la cavidad, para mostrar la epitelización.

pleural, condición evidentemente favorable, pues evita la inoculación germinativa de los escolex en la serosa pleural, evolucionando como equinocosis pleural heterotópica.

La fístula broncoadventiciopleural determina un *neumotórax* que puede crear situaciones dramáticas de asfixia, por neumotórax simple o a tensión. Esta eventualidad exige un drenaje pleural, aspirativo inmediato de la cavidad pleural, ya sea por trocar y sonda insinuada a través de un espacio intercostal, ya por pleurotomía. (Fig. 16).

La fístula broncoadventiciopleural permite la contaminación por los gérmenes ambientes de la cavidad pleural, transformando el neumotórax en pionemotórax, en las semanas o meses que siguen a la rotura.

La terapéutica buscará las siguientes finalidades:



FIG. 16. — Pionemotórax hidático izquierdo con gran desplazamiento mediastinal. a) el quiste vomicado con la irregularidad de la membrana; b) quiste intacto en el lóbulo inferior. Por toracotomía amplia se vacían los quistes y se drena la cavidad pleural.

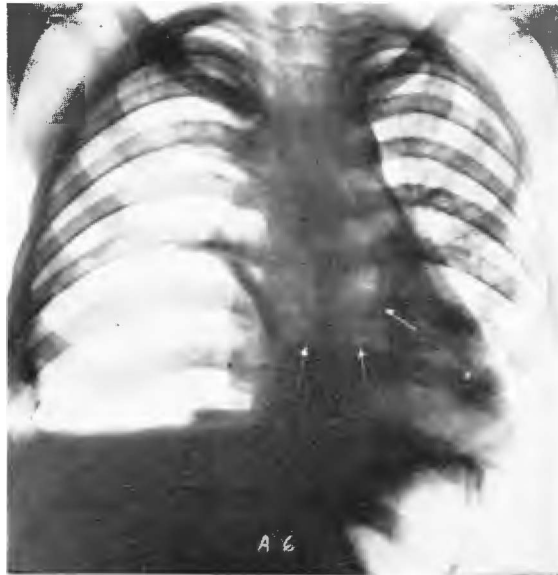


FIG. 17. — Pionemotórax hidático. La flecha indica una vesícula flotando sobre el exudado pleural, síntoma patognomónico que hemos descrito.

- a) Eliminar los restos parasitarios.
- b) Cerrar la fístula broncoadventiciopleural.
- c) Reexpandir el pulmón.
- d) Limpiar y drenar la cavidad pleural.

La limpieza de restos parasitarios puede ser difícil cuando la lesión evoluciona desde hace meses, en cuyo caso puede existir una vesiculización secundaria pleural entre las múltiples falsas membranas fibrinosas.

El cierre de la fístula que alimenta el neumotórax es fácil



FIG. 18. — El mismo enfermo, dos años después, con siembra broncogénica y pleural.

en los casos recientes, siguiendo la técnica descrita para obliterar las neumoquistostomías en los quistes hialinos. Cuando es vieja, el cierre de la comunicación broncopleural dentro del muñón pulmonar colapsado y esclerosado, puede hacerse difícil y ser obtenido sólo a expensas de una lobectomía.

La reexpansión pulmonar en los casos recientes no tiene dificultad; por el contrario en los casos envejecidos de pionesumotórax es necesario realizar una *decortización pulmonar*, para liberar el pulmón de su cáscara rígida envolvente y permitir su reexpansión.

La limpieza y drenaje de la cavidad pleural se continuará bajo aspiración continua como en todos los empiemas de la gran



FIG. 19. — Después de la pleuroneumectomía.



FIG. 20. Fotografía de la pieza operatoria de la pleuroneumectomía.

cavidad. Con la ayuda de los antibióticos (penicilina, aureomicina) la asepsización pleural se obtiene rápidamente, siendo indispensable el control radiológico continuado, para asegurarse de la reexpansión del pulmón y evacuación de los exudados pleurales.

En uno de los primeros casos de pnoneumotórax hidáticos que tratamos, la persistencia de una cavidad empiemática residual nos obligó a practicar una toracoplastia para hacer desaparecer esa cavidad pleural.

En el postoperatorio alejado es necesario controlar los operados, por la aparición de posibles siembras pleurales que deben ser tratadas por la extirpación o por punción-evacuación y formolado, como se hace en las siembras peritoneales.

En estos casos de siembra pleural, existe sínfisis, por cuyo motivo el acceso a los quistes se hace practicando un decolamiento extrapleural amplio y topográficamente ubicado sobre las lesiones previamente localizadas por las radiografías.

La concomitancia de siembras pleurales broncogenéticas y cavidad residual con integridad del otro pulmón, nos obligó en dos casos a practicar, con éxito, *pleuroneumonectomías como única solución radical*. (Fig. 17).

ESTADISTICA

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

	Operados	Fallecidos
a) Toracotomía amplia transpleural:		
1º) Enucleación de vesícula intacta, resección de adventicia, cierre de los bronquios ..	101	0
2º) Extracción de restos parasitarios, obliteración de bronquios y adventicia	59	0
3º) Lobectomías en quistes vomitados y secuelas	46	0
4º) Resección pulmonar atípica y resección total de periquística	10	1
5º) Neumonectomías	6	1
b) Toracotomía mínima, operación en dos tiempos con formación de adherencias pleurales	7	1
Total	229	3
Mortalidad extirpando el parásito	160	0
Mortalidad con resección pulmonar	62	2

Por los números expuestos se desprende que la extirpación del quiste obliterando los bronquios vectores, reseca la periquística pleural exuberante, se obtienen excelentes resultados—sin mortalidad— no sólo en los quistes hialinos sino aun mismo en los quistes vomicaos recientes.

Los casos de muerte fueron debidos:

Primer caso: A bronconeumonía postoperatoria en un enfermo joven, portador de quiste vomicaado, a quien uno de nuestros colaboradores estimó necesario reseca totalmente la adventicia. Se produjo durante el acto operatorio una copiosa hemorragia con abundante aspiración por los numerosos bronquios abiertos.

Segundo caso: Hombre de 26 años operado en otro hospital en donde se le practicó una extirpación total de adventicia, quedando con grandes hemoptisis y expectoración purulenta abundante. Se le practicó entonces una neumonectomía, que fué muy difícil por las adherencias y un pequeño empiema fistulizado mediastinal, falleciendo en el postoperatorio inmediato.

Tercer caso: Quiste marsupializado por el método de Lamas-Mondino, falleciendo de hemorragia a los catorce días de operado.

RESUMEN

1) El autor nos da una breve historia del procedimiento del tratamiento del quiste hidático en los países del Río de la Plata, analizando los resultados obtenidos.

2) Clasifica las diferentes formas clínicas de la enfermedad hidática del pulmón, tanto en sus formas simples como en las asociadas a otros procesos.

3) En cada forma clínica describe detalladamente el tratamiento quirúrgico, el cuidado preoperatorio, la anestesia y los diferentes problemas que pueden presentarse durante el acto quirúrgico como resultado de las lesiones anatómicas encontradas. Fué posible hacer la enucleación del quiste intacto en caso de quistes pulmonares, ya que generalmente son uniloculares.

4) El autor describe su técnica de la resección parcial de la membrana periquística, parte de la adventicia pleural emer-

gente, que él ha llamado en su primera publicación “adventicia subpleural exuberante”.

5) Aconseja en el tratamiento de las secuelas (cavidades residuales y bronquiectasias), siempre que sea posible, la resección pulmonar económica.

6) Luego presenta los resultados del tratamiento quirúrgico.

A) Toracotomía transpleural amplia.

1) Enucleación del quiste intacto, resección de la adventicia, cierre de los bronquios: operados, 101; fallecidos, 0.

2) Extracción de los restos parasitarios, obliteración de los bronquios y de la adventicia: operados, 59; fallecidos, 0.

3) Lobectomía en caso de vómita del quiste y secuelas: operados, 46; fallecidos, 0.

4) Resección atípica del pulmón y resección total de la membrana periquística: operados, 10; fallecidos, 1.

5) Neumonectomías: operados, 6; fallecidos, 1.

B) Toracotomía mínima en dos etapas con formación de adherencias pleurales: operados, 7; fallecidos, 1.

Mortalidad al enuclear el parásito: operados, 160; fallecidos, 0.

Mortalidad en caso de resección pulmonar: operados, 62; fallecidos, 2.

7) De los tres fallecimientos ocurridos, el primero fué por bronconeumonía después de la operación, en la cual la membrana periquística fué reseca totalmente, produciéndose una hemorragia abundante; en el segundo caso, la membrana periquística fué reseca totalmente provocando hemoptisis importantes, que hicieron necesaria la neumonectomía, falleciendo el paciente en el postoperatorio. El tercer caso el quiste fué marsupializado por el método de Lamas-Mondino, y el enfermo murió por hemorragia a los catorce días de operado.

SUMMARY

1) The author gives a short history of procedure in treatment of Echinococcic Cyst in the River Plate countries, analyzing the obtained result.

2) Then he classifies the different clinical forms of hydatid disease of the lung, as well those which appear in their uncomplicated form as the ones which are associated with other processes.

3) He studies the detail of each clinical form as regards surgical treatment including pre-operative care, anaesthesia and the various problems which may present themselves during the surgical procedure as result of anatomical lesions.

It was possible to carry out the enucleation of the intact cyst, which performance is considered easy in case of lung cyst, as they are generally unilocular.

4) The author describes his technic of partial resection of the pericystic membrane, a part of emergent pleural adventitia, which he had called "subpleural exuberant adventitia", in his first publication.

5) He advises in the treatment of sequels (residual cavity and bronchiectasis) the economical pulmonary resection, whenever it may be possible.

6) Afterwards he shows the results of surgical treatment.

A) Ample transpleural thoracotomy.

1) Enucleation of intact cyst, resection of adventitia; closure of bronchi.

2) Extraction of parasite rests, obliteration of bronchi and adventitia.

3) Lobectomy in case of vomica of cyst and sequels.

4) Atypical resection of lung and total resection of pericystic membrane.

5) Pneumectomies.

B) Minimal thoracotomy two-stage-operation with formation of pleural adherencies.

Mortality enucleating the parasite: operations, 160; mortality, 0.

Mortality in case of resection of lung: operations, 62, mortality, 2.

7) Of the three deaths, the first happened from bronchopneumonia after operation, during which, the pericystic membrane was resected totally, producing an abundant hemorrhage; in the second case, the pericystic membrane was resected totally causing important hemoptyses, which made necessary a pneumectomy, where the patient died in the post-operative period. In the third case the cyst was marsupialized by the process of Lamas-Mondino, the patient died from hemorrhage 14 days after operation.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ALLENDE, I. P. y LANGER, L. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. "Annals of Surgery", 589; VIII; 1948.
- 2) ARDAO, H. A. y CASSINELLI, I. F. Lobectomía por quiste hidático hialino del pulmón. "Anales de la Fac. de Med.", 1083; XXXIII; 1948.
- 3) ARMAND UGON, C. V. Neumotórax hidático. "Archivos Internacionales de la Hidatidosis", I; 1935.
- 4) ARMAND UGON, C. V. "El tórax quirúrgico". "Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay", 299 a 358; 1938.
- 5) ARMAND UGON, C. V.; VICTORICA, A. y SUAREZ, H. — La lobectomía en el tratamiento de las secuelas del quiste hidático del pulmón. "Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", XVII; 1946.
- 6) ARMAND UGON, C. V.; VICTORICA, A. y SUAREZ, H. — Equinocosis pleural secundaria. "Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo", XVI; 1945 (6 de junio).
- 7) ARMAND UGON, C. V. — Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. "Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo", 167; XVIII; 1947.
- 8) BARRET, N. R. — The treatment of pulmonary hydatid disease. "Thorax", I; 21 a 57; 1947.
- 9) BARRET, N. R. Tratamiento del quiste hidático del pulmón. "Brompton Hospital", 1950.
- 10) BOCCHETTI, B. — Base anatomopatológica del tratamiento quirúrgico de la equinocosis pulmonar. "La Cirugía Torácica", 304; IV; 1951.
- 11) BREA, M. Tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos de pulmón. "Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía", 549; 1947.
- 12) BREA, M.; SANTOS, A. y MARTINEZ, D. — Hidatidosis pulmonar. Tratamiento quirúrgico. "Boletín de la Sociedad Argentina de Cirugía", 244; 1950.

- 13) BREHANT, I. — Tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos pulmonares. “Men. Acad. de Chirurgie”, 14 de enero de 1950.
- 14) CANTONNET, P.; PEREZ SCREMINI y CASSINELLI. — Lóbulo pulmonar granulomatoso de origen hidático. “Boletín de la Sociedad de Pediatría del Uruguay”, 28 de mayo de 1948.
- 15) CURTILLET, E. — El estado actual de la cuestión de los quistes hidáticos del pulmón. “Relato a la Sociedad Francesa de Cirugía Torácica”, 1948.
- 16) DEL CAMPO, J. C. y LASNIER, E. — Equinococosis pulmonar. Retención seca de membrana. Lobectomía parcial. “Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay”, 330; XVIII; 1948.
- 17) DEVE, F. L'equinococose primitive. “Masson et Cie.”, París, 1949.
- 18) DEVE, F. L'equinococose secondaire. Masson et Cie.”, París, 1946.
- 19) DOR, I.; RELOND, E. y CUTOLI, J. P. — El “capitonnage” en el tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del pulmón. “Journal de Chirurgie”, 113; LXIII; 1951.
- 20) FINOCHIETTO, R. y AYAS, E. — Quiste hidático de pulmón. “Anales de Cirugía”, 807; VIII; 1949.
- 21) IVANISEVICH, O. Tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón. “X Congreso Argentino de Cirugía”, 1938.
- 22) LARGHERO YBARZ, P. — Supuración pehíhidática con hidátide intacta. “Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo”, 1083; XXXIII; 1948.
- 23) LASNIER, E. — Diagnóstico del quiste hidático pulmonar en la expectoración incluida. “Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay”, XIII; 1942.
- 24) LIGOS, A. — Sobre la constitución de la cápsula adventicia. “Hospital Policlínico. Sez. Chirug”, 188; V; 1940.
- 25) METRAS, H. 20 cas de kyste hydatique du poumon. Rapport de Dor. “Marseille Chirurgical”, III; 1949.
- 26) MEYER, P. Tratamiento del quiste hidatídico del pulmón. “Archivo de la Sociedad de Cirujanos de Hospitales. IV Congreso Chileno de Cirugía”, 16; 1942.
- 27) OVERHOLT, R. H. — The value of exploration in silent lung disease. “Diseases of the Chest”, 3; XX; 1951.
- 28) PEREZ FONTANA, V. — Nuevo método operatorio en los quistes hidáticos del pulmón. “Archivo de Pediatría del Uruguay”, 5 a 37; 1948.
- 29) PEREZ FONTANA, V. Métodos y procedimientos operatorios en el quiste hidático del pulmón. “Archivos Internacionales de la Hidatidosis”, XI; 1950.
- 30) PIAGGIO BLANCO, R. y GARCIA CAPURRO, F. Equinococosis pulmonar. “Editorial El Ateneo”, Buenos Aires; 1939.

- 31) PRAT, D. Tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón por el procedimiento de los dos tiempos operatorios. "Revista de la Asociación Médica Argentina", 433; 1919.
- 32) PRAT, D. — Complicaciones y secuela del quiste equinococo. "Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo", 381; XXXII; 1947.
- 33) PURRIEL, P. — Complicaciones y secuelas del quiste hidático del pulmón. "Archivos Internacionales de la Hidatidosis", 201; fase II, vol. II; 1937.
- 34) SCASSO, J. C.; CAÑELLAS, A.; FERNANDEZ ORIA, W. y TRILLA, A. — Anestesia en la hidatidosis del pulmón. "Archivos Internacionales de la Hidatidosis", 349; IX; 1949.

—Se pasa a un breve cuarto intermedio.

SEÑOR PRESIDENTE. Invito a los doctores Pérez Fontana, Bortagaray, José Pedro Otero y Sánchez Echevarría a acompañar en el estrado a la Mesa Directiva.

—Vamos a considerar las contribuciones.

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el Dr. Larghero.

Dr. LARGHERO. — (No se publica por no haber sido enviada a tiempo).

SEÑOR PRESIDENTE. Tiene la palabra el Dr. Badano Repetto.